

Vergaderjaar 2023–2024

23 235

Thuiszorg en wijkverpleging

Nr. 241

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 30 mei 2024

Met deze brief informeer ik uw Kamer over drie rapporten over de wijkverpleging die recent zijn opgeleverd.

Ten eerste informeer ik u over de eindrapportage van het RIVM over de (door)ontwikkeling van *herkenbare en aanspreekbare (H&A) wijkverpleging* in de periode 2021–2023. Zoals ik eerder heb aangegeven¹ brengt het RIVM sinds 2021 jaarlijks een publicatie uit over de ontwikkeling van H&A wijkverpleging in de praktijk. In deze brief geef ik eerst een korte toelichting op de achtergrond en het doel van H&A wijkverpleging. Vervolgens deel ik met u mijn reactie op het RIVM rapport.

Daarnaast informeer ik u met deze brief ook over twee andere onderzoeken. Ten eerste het onderzoek naar de toegankelijkheid van wijkverpleging dat door Equalis in opdracht van het Ministerie van VWS is uitgevoerd. Ten tweede een onderzoek naar praktijkvariatie in de indicatiestelling door wijkverpleegkundigen dat in opdracht van V&VN met financiering van het Ministerie van VWS is uitgevoerd.

1. Onderzoek Herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging

Noodzaak voor herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging

Met de vergrijzing en toenemende zorgvraag neemt de druk op de zorg in de toekomst toe. Om de toegankelijkheid en continuïteit van de zorg te kunnen blijven waarborgen, is het noodzakelijk dat de zorg op een andere manier georganiseerd wordt. In het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) zetten we daarom samen met het veld in op passende zorg. De wijkverpleging is cruciaal om mensen in de thuissituatie passende zorg te kunnen bieden.

¹ Kamerstukken II 2023/2024, 29 389, nr. 123

Onderdeel van de gemaakte afspraken vormt daarom de (door)ontwikkeling van *herkenbare en aanspreekbare (H&A) wijkverpleging*.

De urgentie voor «herkenbaarheid» en «aanspreekbaarheid» van de wijkverpleging is al langere tijd aanwezig. Naast de groeiende zorgvraag speelt ook de krapte op de arbeidsmarkt een rol in de druk op de beschikbare capaciteit van de wijkverpleging. Bovendien kent de wijkverpleging veel verschillende aanbieders en is zodoende versnipperd. Dit maakt het voor cliënten en zorgprofessionals uit de eerstelijnszorg, sociaal domein of ziekenhuizen vaak onduidelijk bij wie zij wijkverpleging kunnen aanvragen. Hiermee gaat kostbare tijd en energie verloren. Door middel van herkenbare en aanspreekbare teams werkt het veld aan een betere samenwerking tussen aanbieders van wijkverpleging met winst voor zowel cliënten als zorgprofessionals binnen de wijkverpleging en de omliggende domeinen.

De noodzaak van herkenbaarheid en aanspreekbaarheid binnen de wijkverpleging is opnieuw bevestigd in de Visie Eerstelijnszorg 2030 die in januari van dit jaar is vastgesteld. De wijkverpleging is één van de kernspelers van de samenwerking die in elke wijk vorm moet krijgen, samen met de huisarts, het sociaal domein en de apotheker. In wijken of dorpen vormen zij een *hecht wijkverband*, dicht bij de inwoner. Om tot deze samenwerking te komen is het nodig dat de wijkverpleging sterk georganiseerd en goed bereikbaar is. Herkenbaarheid en aanspreekbaarheid van de wijkverpleging is nodig om, in lijn met de visie, de domeinoverstijgende samenwerking in het veld toekomstbestendig te organiseren.

Ontwikkelingen tot nu toe

De eerste krachtige impuls voor de vorming van herkenbare en aanspreekbare teams in de wijk is gegeven met de Leidraad Herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging (2020)². In deze leidraad hebben de zeven partijen³ van het toenmalige Hoofdlijnenakkoord (HLA) wijkverpleging 2019–2022 met elkaar onderschreven toe te willen werken naar meer samenwerking binnen de wijkverpleging. Vanuit de *subsidie ondersteuning wijkverpleging* (SOW) heb ik deze samenwerkingsverbanden financieel gestimuleerd. In totaal is meer dan € 8 miljoen toegekend aan zorgaanbieders om de opstartfase van samenwerkingen financieel te ondersteunen. Verschillende succesverhalen zijn terug te vinden op de website van de RVO⁴. In het IZA (2022) is afgesproken verder te werken aan de landelijke implementatie van H&A teams in de wijkverpleging.

Samenwerking vraagt om een type bekostiging dat dit stimuleert. In 2022 is er door Berenschot onderzoek uitgevoerd naar de bekostiging van H&A wijkverpleging⁵. Zoals eerder aangekondigd in de Kamerbrief «Vergrijzing en het integrale ouderenbeleid»⁶ is er naar aanleiding van dit onderzoek per 1 januari 2024 een nieuwe betaaltitel beschikbaar gekomen voor de financiering van H&A wijkverpleging. In dezelfde brief is ook aangegeven dat de NZa de contractering van deze betaaltitel meeneemt in de evaluatie van het bekostigingsexperiment in de wijkverpleging.

² <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2020/02/28/leidraad-herkenbare-en-aanspreekbare-wijkverpleging>

³ Actiz, Patiëntenfederatie Nederland, V&VN, VNG, VWS, ZN en Zorgthuis.nl

⁴ <https://www.rvo.nl/subsidies-financiering/sow#sow-in-de-praktijk>

⁵ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/11/29/invulling-en-bekostiging-herkenbare-en-aanspreekbare-wijkverpleging>

⁶ Kamerstukken II 2023/2024, 29 389, nr. 123

Verderop in deze brief zal ik verder ingaan op de financiering van H&A wijkverpleging.

Het RIVM heeft in opdracht van VWS de ontwikkeling van herkenbaarheid en aanspreekbaarheid van de wijkverpleging in de praktijk gemonitord over de periode 2021 t/m 2023. De eerste twee jaarlijkse rapporten hiervan zijn in respectievelijk 2022 en 2023 verschenen, waarvan de eerste met u is gedeeld⁷ en de tweede als publicatie op de website van het RIVM te vinden is⁸. Het derde en laatste rapport zend ik u met deze brief. In de bijlage onderaan deze brief vindt u de samenvatting van dit rapport.

Reactie op het rapport

De algemene tendens die het RIVM beschrijft is dat er in verschillende regio's positieve ontwikkelingen zijn ten aanzien van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging. Het RIVM concludeert ook dat deze samenwerking leidt tot het beter en sneller oppakken van zorgvragen. Zo draagt het werken aan H&A wijkverpleging bij aan passende zorg. Ik vind deze ontwikkeling positief. Tegelijkertijd zie ik dat er nog ruimte is voor verbetering. Daarom wil ik ingaan op drie belangrijke punten uit het rapport waar nog kansen liggen ten aanzien van de ontwikkelingen van H&A wijkverpleging, namelijk digitalisering en gegevensuitwisseling, financiering en de rollen en verantwoordelijkheden van verschillende partijen.

Digitalisering en gegevensuitwisseling

Elektronische gegevensuitwisseling in de zorg is van belang als het gaat om de juiste informatie op het juiste moment. Als zorgverleners gegevens elektronisch uitwisselen is er minder kans op fouten, doordat gegevens niet hoeven te worden overgetypt, en het scheelt zorgaanbieders tijd die ze vervolgens aan zorg kunnen besteden. Met de nationale visie op het gezondheidsinformatiestelsel en de in het IZA gemaakte afspraken die dit raken, zet ik in op een vertrouwensmodel, generieke functies die deel uitmaken van een vertrouwensmodel en standaardisatie van zorgdata⁹. Het RIVM geeft in het rapport ook aan dat in onder meer het IZA aandacht is voor de knelpunten die in het veld worden geconstateerd. Ik heb er vertrouwen in dat de stappen die we hiermee zetten ook zullen bijdragen aan goede uitwisseling van gegevens binnen H&A samenwerkingsverbanden.

Door het veld (NHG en V&VN) wordt er gewerkt aan een handreiking die gegevensuitwisseling tussen huisarts en wijkverpleegkundige over en weer beschrijft. Dat is een mooi voorbeeld van hoe we hier samen stappen in kunnen zetten. Het is van belang dat zorgverleners het met elkaar eens worden over welke informatie uitgewisseld wordt voor goede patiëntenzorg. Daarnaast is de eOverdracht een gegevensuitwisseling op de Meerjarenagenda Wegiz. Het doel hiervan is de verpleegkundige overdracht gestandaardiseerd en elektronisch te laten plaatsvinden.

Financiering

Uit het rapport van het RIVM blijkt dat veel samenwerkingsverbanden werden of worden gefinancierd vanuit de SOW-subsidies en/of het IZA wijkfonds. In de meeste gevallen was er nog geen sprake van structurele

⁷ Kamerstukken II 2022/2023, 23 235, nr. 221

⁸ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2023/06/30/ontwikkeling-van-herkenbare-en-aanspreekbare-wijkverpleging>

⁹ Kamerstukken II 2022/2023, 27 529, nr. 292

bekostiging. De inmiddels beschikbaar gekomen betaaltitel is tijdens de looptijd van het RIVM-onderzoek ingevoerd. Het effect van de betaaltitel is daarom niet meegenomen in het onderzoek. De NZa zal het gebruik van de nieuwe betaaltitel monitoren. De verwachting is dat de eerste informatie hierover in de loop van 2025 beschikbaar komt.

Uit mijn gesprekken met veldpartijen blijkt dat zorgverzekeraars de nieuwe prestatie nog niet of nauwelijks inkopen. Zij geven aan dat er in de bekostiging voor de wijkverpleging andere geschikte manieren zijn om via de zorginkoop de activiteiten voor de ontwikkeling van H&A wijkverpleging te financieren. Ik verwacht van zorgverzekeraars dat zij zorgaanbieders in staat stellen en stimuleren om in elke regio H&A samenwerkingsverbanden op te zetten, om zo bij te dragen aan passende en toegankelijke wijkverpleging voor iedereen die dat nodig heeft. Of ze dit doen middels de nieuwe betaaltitel of via een andere route vind ik daarbij niet relevant.

Zorgverzekeraars hebben in het IZA ook bevestigd dat er «geïnvesteed moet worden in de wijkverpleging, ook om de doelen van het IZA haalbaar te maken».¹⁰

Met alle IZA partijen hebben we afgesproken toe te werken naar passende zorg. Zorgcoördinatie, en daarmee samenwerking, heeft daarin een belangrijke plek. Ik heb er vertrouwen in dat het inkoopbeleid van zorgverzekeraars, zoals afgesproken in de visie eerstelijnszorg, in lijn is «met de kernwaarden van de eerstelijnszorg en de doelen uit de visie».¹¹ Daarbij hoort uitdrukkelijk ook het stimuleren van de ontwikkeling H&A wijkverpleging.

Rollen en verantwoordelijkheden

Zoals het RIVM rapport laat zien zijn er regio's waar actief samengewerkt wordt aan een herkenbaar en aanspreekbare wijkverpleging. Er zijn echter ook regio's waar dit niet of moeizaam van de grond komt. Zorgaanbieders geven aan dat zij de wens hebben voor een grotere regierol van zorgverzekeraars.

In de Visie eerstelijnszorg 2030 is afgesproken dat partijen in de eerstelijnszorg gezamenlijk de verantwoordelijkheid nemen om de toegankelijkheid en continuïteit van eerstelijnszorg te waarborgen¹². Dit is ook nodig voor de landelijke realisatie van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging. Dit vraagt van aanbieders en zorgverzekeraars actieve samenwerking. Van zorgverzekeraars verwacht ik een aanjagende rol bij de totstandkoming van H&A wijkverpleging, als onderdeel van hun opdracht om een sterk georganiseerde eerstelijnszorg te helpen realiseren. Zij kunnen dit zoals hierboven beschreven stimuleren via hun contracteringsbeleid. Van aanbieders in de wijkverpleging verwacht ik dat zij actief plannen maken voor H&A wijkverpleging die zij voorleggen aan de zorgverzekeraar. Ook verwacht ik dat partijen actief succesverhalen met betrekking tot H&A wijkverpleging met elkaar delen om zo te leren van elkaar. Het rapport geeft aan dat een doelgericht proces met procesbegeleiding, bijvoorbeeld van een projectleider, helpt bij het ontwikkelen van samenwerking.

¹⁰ file:///H:/Downloads/integraal-zorg-akkoord%20(2).pdf, p. 99.

¹¹ <https://open.overheid.nl/documenten/548ce6c8-70a5-4113-84ef-4b69a022347d/file>, p. 5

¹² <https://open.overheid.nl/documenten/548ce6c8-70a5-4113-84ef-4b69a022347d/file>, p. 9

De Visie eerstelijnszorg 2030 zie ik als een nieuwe impuls om in elke regio door te pakken met concrete afspraken rondom de herkenbaarheid en aanspreekbaarheid van de wijkverpleging.

2. Onderzoek naar toegankelijkheid van de wijkverpleging

Eind 2023 is door Equalis in opdracht van VWS een onderzoek gestart naar de toegankelijkheid van de wijkverpleging. Dit rapport is recent opgeleverd en met deze brief informeer ik u hierover.

De aanleiding van dit onderzoek was tweeledig: enerzijds zien we al enkele jaren een oplopende onderschrijding van het budgettair kader wijkverpleging. Daarnaast signaleerden Actiz en ZorgthuisNL dat aanbieders van wijkverpleging steeds vaker geen nieuwe cliënten in zorg kunnen nemen vanwege capaciteitsgebrek¹³. Samen met partijen uit de wijkverpleging wilde ik duidelijk krijgen of en in welke mate de toegankelijkheid van de wijkverpleging voor cliënten onder druk staat en of het (vaker) afwijzen van nieuwe cliënten ook daadwerkelijk bijdraagt aan de onderschrijding van het budgettair kader. Het onderzoek van Equalis in opdracht van VWS bekijkt de toegankelijkheid van de wijkverpleging vanuit het perspectief van de cliënt. Vanuit dit perspectief is onderzocht hoe vaak er afwijzing van een zorgvraag plaatsvindt, hoelang het duurt voordat een cliënt wijkverpleging ontvangt en waar cliënten terechtkomen als zij geen wijkverpleging kunnen vinden.

Op basis van de resultaten kan geconcludeerd worden dat er verschillende routes zijn voor het proces van zoeken en aanvragen van wijkverpleging en deze aanzienlijk verschillen per regio. Een groot deel van de huisartsen, zorgverzekeraars en wijkverplegingsorganisaties geven aan dat de duur van het zoekproces afhankelijk is van de regio en de complexiteit van de zorgvraag.

Voor cliënten die via het ziekenhuis in de wijkverpleging komen zijn de resultaten gebaseerd op data van ziekenhuizen. Voor cliënten die niet via het ziekenhuis in de wijkverpleging komen, zijn de resultaten gebaseerd op een kwalitatieve aanpak (interviews). De interviews hebben plaatsgevonden in drie regio's en de ziekenhuisdata zijn afkomstig van 15 ziekenhuizen uit zeven verschillende provincies. Het was niet haalbaar om die interviews in alle regio's uit te voeren. Dit betekent dat de onderzoeksresultaten niet (volledig) generaliseerbaar zijn voor heel Nederland.

Equalis heeft verschillende routes naar wijkverpleging onderzocht: vanuit het ziekenhuis, via de huisarts en via zorgbemiddeling van de zorgverzekeraar. Ziekenhuizen geven aan dat er weinig capaciteitsproblemen worden ervaren en dat het nauwelijks voorkomt dat cliënten lang op wijkverpleging moeten wachten. Op basis van data van 15 ziekenhuizen laat het rapport zien dat veruit de meeste cliënten (84%) op of binnen één dag na de gewenste ontslagdatum wijkverpleging kunnen ontvangen. Zo'n 4,3% wordt twee dagen later dan gewenst ontslagen en zo'n 6,7% drie tot zeven dagen later. Enkele (complexe) gevallen (1,6%) moeten langer dan een week wachten.

Bij huisartsen bestaat een meer divers beeld over de toegankelijkheid van de wijkverpleging. De mate waarin het lastig is voor huisartsen om wijkverpleging te regelen, verschilt per postcodegebied. Uit informatie over zorgbemiddeling door zorgverzekeraars blijkt dat bij 40% van de

¹³ <https://www.actiz.nl/sites/default/files/2023-03/SIRM%20-%20Wachten%20op%20wijkverpleging.%20Onderzoek%20naar%20de%20beschikbaarheid%20van%20wijkverpleging.pdf>

verzoeken tot zorgbemiddeling binnen 1–2 dagen wijkverpleging wordt gevonden, bij 30% binnen een week en bij nog eens 30% duurt het langer dan een week. Equalis schat in dat in 2023 voor minder dan 1% van de mensen die aanspraak maakte op wijkverpleging zorgbemiddeling is ingezet. Met name bij complexe gevallen kan het soms erg lang duren voor wijkverpleging beschikbaar is. Wanneer in de thuissituatie geen wijkverpleging beschikbaar is, kunnen er lastige situaties ontstaan met grote impact op cliënten. Ook huisartsen en mantelzorgers ervaren dan extra druk.

Wijkverplegingsorganisaties wijzen in voorkomende gevallen cliënten af, maar dat betekent niet dat zij niet snel in zorg kunnen komen: in veel gevallen hebben andere aanbieders wel de mogelijkheid om zorg te leveren. Wel zijn ziekenhuizen, huisartsen en cliënten in het geval van een afwijzing genoodzaakt om zelf opnieuw een andere aanbieder te benaderen. Uit de ziekenhuisdata blijkt dat bij circa 18% van de cliënten sprake was van één of meerdere afwijzingen.

Tot slot probeert Equalis op basis van de onderzoeksresultaten en verschillende aannames de impact op het budgettaire macrokader te benaderen indien aan alle zorgvragen van zorgvragers wordt voldaan. Omdat de inschatting alleen gebaseerd is op basis van de data over de route naar de wijkverpleging vanuit het ziekenhuis, kan deze niet geëxtrapoleerd worden naar de volledige wijkverpleging.

Equalis doet de aanbeveling om door te gaan op de weg die partijen in het IZA hebben ingezet om de toegankelijkheid verder te verbeteren. Equalis stipt daarbij drie punten aan:

- Beter coördineren van zorgvragen en beschikbare capaciteit in de regio.
- Landelijk inzicht in zorgvraag en de beschikbare capaciteit moet in kaart worden gebracht.
- Proactieve nazorgplanning door het ziekenhuis.

Deze punten sluiten goed aan bij de afspraken die in het IZA en de visie eerstelijnszorg zijn gemaakt, waaronder die over de verdere inzet op herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging.

De opbrengsten van het onderzoek zullen worden besproken in de *mid term review* (MTR) van het IZA die deze zomer plaatsvindt. Ik informeer uw Kamer na de MTR over de uitkomsten en hoe ik met het veld aan de slag ga met de aanbevelingen.

Met dit onderzoek naar de toegankelijkheid van de wijkverpleging is ook invulling gegeven aan de motie van de leden Mohandis en Ellemeets over het laten uitvoeren van een kwalitatief onderzoek naar de mate waarin mensen voldoende zorg thuis krijgen¹⁴.

3. Onderzoek naar praktijkvariatie in indicatiestelling

Het derde rapport waarover ik u informeer met deze brief gaat over de indicatiestelling door wijkverpleegkundigen.

Een goede en eenduidige indicatiestelling door wijkverpleegkundigen is belangrijk, omdat deze bepaalt welke zorg iemand ontvangt. De aanleiding voor dit onderzoek is dat partijen van het Hoofdlijnenakkoord

¹⁴ Kamerstuk II 2022/23, 31 765, nr. 729

Wijkverpleging (HLA)¹⁵ (2019–2022) hebben geconstateerd dat er in een aantal situaties in de praktijk mogelijk sprake is van onverklaarde en ongewenste praktijkvariatie bij de indicatiestelling. In het hoofdlijnenakkoord hebben partijen afgesproken dat de praktijkvariatie in de indicatiestelling wordt onderzocht. Dit onderzoek is uitgevoerd door de Universiteit Maastricht, Hogeschool Utrecht en Nivel in opdracht van V&VN namens de partijen uit het HLA.

Het onderzoek bestaat uit drie deelonderzoeken. Deelonderzoek 1 definieert praktijkvariatie als de mate waarin wijkverpleegkundigen verschillen in de aard, omvang en duur van de zorg die zij indiceren bij cliënten in een vergelijkbare context. Er wordt onderscheid gemaakt tussen *gewenste* en *ongewenste* praktijkvariatie. Er is sprake van *gewenste* praktijkvariatie als deze wordt veroorzaakt door kenmerken, context en voorkeuren van de cliënt, met betrekking tot het behalen van doelen die meegewogen worden in een professioneel onderbouwd besluitvormingsproces door de wijkverpleegkundige. Van *ongewenste* praktijkvariatie is sprake als deze variatie *niet* wordt veroorzaakt door kenmerken, context en voorkeuren van de cliënt, met betrekking tot het behalen van doelen, die meegewogen worden in een professioneel onderbouwd besluitvormingsproces door de wijkverpleegkundige.

Uit deelonderzoek 2 blijkt dat er veel variatie is in documentatie van dossiers door wijkverpleegkundigen. Mede hierdoor is het niet gelukt om de mate van ongewenste praktijkvariatie vast te stellen. Wel is vastgesteld dat de functionele status van de cliënt veel invloed heeft op de hoogte van de indicatiestelling (dit betreft gewenste praktijkvariatie). Daarnaast blijkt uit het onderzoek dat 25% van de deelgenomen wijkverpleegkundigen geen aparte scholing heeft gehad om te kunnen indiceren. Dit is ook niet verplicht.

Uit deelonderzoek 3 blijkt dat het normenkader niet altijd goed gebruikt wordt en vaak onvoldoende bekend is. Uit het onderzoek blijkt dat een goede training over het indiceren een vereiste is en dit zou aantoonbaar moeten zijn. Daarnaast blijkt dat verbeteracties, zoals intervisie en intercollegiale toetsing, de uniformiteit in de indicatiestelling kunnen bevorderen.

De partijen van het HLA wijkverpleging (2019–2022) hebben mij aangegeven dat diverse aanbevelingen vanuit het onderzoek al opgepakt worden. Dit gaat bijvoorbeeld om;

- de herijking van het Normenkader V&VN,
- het vrij beschikbaar en toegankelijk maken van kaders en richtlijnen/handreikingen over indiceren door middel van evaluatie en actualisatie van de Toolbox Indicatieproces.

Daarnaast hebben partijen mij in hun aanbiedingsbrief van het onderzoek, die ik meestuur met deze brief, aangegeven dat zij aan de slag gaan met de geprioriteerde aanbevelingen (zie bijlage 4). De komende periode ga ik met partijen in gesprek om hierover concrete afspraken te maken.

¹⁵ Patiëntenfederatie Nederland, Zorgthuisnl, ActiZ, Zorgverzekeraars Nederland en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland

Tot slot

Een sterke wijkverpleging en eerstelijnszorg zijn essentieel voor een toekomstbestendige zorg. De uitkomsten en aanbevelingen van de rapporten die ik u met deze brief heb gestuurd helpen om hier blijvend op in te zetten.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
C. Helder

Het meegezonden rapport is het derde rapport, en tevens eindrapport over de periode 2021–2023, van het RIVM ten aanzien van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging. Het RIVM heeft zowel in 2021 als in 2023 twee verschillende vragenlijsten uitgezet. Dit ging om één vragenlijst onder professionals werkzaam in de wijkverpleging en één onder transferverpleegkundigen. Daarnaast zijn er ook diepte-interviews en werksessies gehouden waaraan ook mensen deelnamen die geen zorgprofessional waren, maar wel vanuit een andere positie betrokken waren bij projecten rondom H&A samenwerking. Een meer uitgebreide beschrijving van de onderzoeksmethode is te vinden in de bijlage van het rapport.

Uit het rapport blijkt dat er in tenminste dertig regio's in Nederland al actief samengewerkt wordt ten behoeve van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging. Ik vat het onderzoek samen aan de hand van de vier onderzoeksvragen die met het onderzoek zijn beantwoord.

1. Wat betreft herkenbaarheid geven in de wijkverpleging werkzame professionals in 2023 vaker aan (49%) dat er een actueel overzicht van wijkverplegingsaanbieders beschikbaar is in hun regio of wijk ten opzichte van 2021 (31%). De inhoud van dit overzicht was verschillend. Zo bevatte het onder andere contactgegevens van verschillende aanbieders (55%) en/of van een centraal aanmeldpunt (19%). Een klein deel van de professionals gaf aan dat er een actueel overzicht bestond van welke aanbieder van wijkverpleging plek heeft voor een (nieuwe) cliënt (11% in 2023, 8% in 2021). Aangaande *aanspreekbaarheid* geeft de meerderheid van de transferverpleegkundigen zowel in 2021 als in 2023 aan dat zij met meer dan één aanbieder contact moeten leggen voordat ze wijkverpleging voor hun cliënt hebben geregeld. Als een zorgvraag niet opgepakt kan worden, geven de professionals aan dat de aanvrager zelf verder moet zoeken (62%), dat ze er samen met andere partijen voor zorgen dat een zorgvraag alsnog wordt opgepakt (27%) of dat de zorgprofessionals andere aanbieders van wijkverpleging benaderen (34%).
2. Wat betreft de samenwerking tussen onderlinge aanbieders komt er uit het vragenlijstonderzoek een positieve trend naar voren. Zo zijn er vaker samenwerkingsafspraken tussen wijkverplegingsorganisaties over onder andere (on)planbare nachtzorg en casemanagement dementie (54% in 2023; 34% in 2021). Ook kennen professionals vaker contactpersonen van andere aanbieders. Op het gebied van H&A wijkverpleging werken aanbieders bijvoorbeeld samen aan het krijgen van inzicht in het zorgaanbod, gebruik van applicaties waarop aanmeldingen van nieuwe cliënten te zien zijn of structureel gezamenlijk overleg voor het oppakken van (onbeantwoorde) zorgvragen.
3. Het belang van de ontwikkeling van H&A wijkverpleging wordt door zorgprofessionals onderschreven. Uit ervaringen van de onderzochte samenwerkingsverbanden blijkt dat zorgprofessionals elkaar beter weten te vinden, kennen en van elkaar leren. Andere opbrengsten zijn onder andere het sneller oppakken van zorgvragen, betere toeleiding naar passende zorg, meer overeenstemming in werkwijzen en visie, meer efficiëntie voor wijkverpleegkundigen en zorg(aan)vragers, meer duidelijkheid voor de cliënt en inzicht in knelpunten.
4. Er komt een aantal werkzame elementen voor samenwerking uit het rapport naar voren, waaronder elkaar als wijkverplegingsprofessionals en -aanbieders kennen op zowel uitvoerend als bestuurlijk niveau, een doelgericht proces, betrekken van stakeholders, regionale aansluiting, het delen van ervaring en kennis en beschikbare financiering. Ook zijn er punten waar nog behoeften liggen voor het verder ontwikkelen van samenwerking. Vanuit de samenwerkingsverbanden waren de grootste

wensen voor de toekomst «een grotere rol voor de zorgverzekeraar, een oplossing voor de ICT-systemen die niet op elkaar aansluiten en meer lokale samenwerking, ook met het sociaal domein» (zie bijlage 1). Betrokkenen vonden het van groot belang voor de (nabije) toekomst om tot een gedeelde visie te komen «op passende wijkverpleegkundige zorg, samen met huisartsen, ziekenhuizen en het sociaal domein» (zie bijlage 1). Het RIVM geeft in het rapport aan dat veel uitdagingen die in dit onderzoek naar voren komen erkend worden in de doelstellingen en afspraken die zijn gemaakt in het IZA, WOZO en GALA¹⁶.

¹⁶ Gezond en Actief Leven Akkoord